

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Mauá, Porto
Mauá/RS**

Norka Falo Azpiazu

Pelotas, 2015

Norka Falo Azpiazu

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Mauá, Porto
Mauá/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A996m Azpiazu, Norka Falo

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS / Norka Falo Azpiazu; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este projeto às minhas filhas que
estão longe, mas presentes em cada passo.

Agradecimentos

A Deus por me dar a oportunidade para realizar este projeto, a minha colega Doutora Mary, que a cada dia compartilhou as alegrias, as tristezas.

Resumo

AZPIAZU, Norka Falo. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Mauá, Mauá/RS**. 2015. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho procura trazer reflexões sobre o envelhecimento e políticas públicas de atenção ao idoso. Para auxiliar a compreensão do objeto de estudo foi analisado o processo de envelhecimento considerando os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, que têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Trata de uma intervenção realizada na UBS Porto Mauá, Mauá, RS, com o objetivo de ampliar cobertura e melhorar a atenção aos idosos acompanhados na unidade. O projeto foi delineado seguindo os eixos monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica, e desenvolvido no período de 12 semanas. Participaram da intervenção 274 idosos com 60 anos ou mais. Antes da intervenção a cobertura era de 44,9%. Esta teve como um dos resultados uma cobertura final de 75,9%. De modo geral a intervenção trouxe a qualificação de toda assistência prestada. Para a comunidade foi muito relevante mostrarmos a saúde como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Conseguimos mudanças profundas nos modos de pensar e viver melhor dos idosos.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá /RS.	51
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.	52
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/ RS.	53
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de idosos hipertensos e/ ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/ RS.	54
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.	55
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico sem saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS	57
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS	58
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS	59
Figura 09	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.	60

Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.	61
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.	62
Figura 12	Fotografia de atividade comunitária grupo idosos na Sede. Itajubá, em Porto Mauá	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão arterial
DIA	Diabetes mellitus
FAA	Fichas de atendimento individual

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido. 0
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS ...	Erro! Indicador não definido. 0
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido. 1
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
Erro! Indicador não definido. 02.2Objetivos	e metas
Erro! Indicador não definido. 0	
2.2.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido. 0
2.2.2 Objetivos específicos e metas	Erro! Indicador não definido. 0
2.3 Metodologia.....	Erro! Indicador não definido. 2
2.3.1 Detalhamento das ações	Erro! Indicador não definido. 3
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão.....	63
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	68
Referências	69
Apêndice.....	70
Anexos	73

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em sete estruturas que contemplam as unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção está descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção está descrita a Avaliação dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Em seguida têm-se os relatórios da intervenção para os gestores e comunidade. Por último está descrita a reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Porto Mauá está localizado no Estado do Rio Grande do Sul e faz parte da microrregião da grande Santa Rosa. É formado pelo antigo distrito de Porto Mauá, que pertencia ao município de Tuparendi e das localidades de Itajubá, Volta Grande e Três Boca do município de Tucunduva. Nosso Município tem uma área estimada em 110 km², limita-se ao norte com a República da Argentina, a leste com o município de Novo Machado, ao sul com o município de Tuparendi, e a oeste com Alecrim. Temos uma população de aproximadamente 3 mil habitantes. O município se caracteriza pela heterogeneidade populacional.

O atendimento na área da saúde é oferecido na Unidade Sanitária, localizada em área rural, é uma Unidade Básica de Saúde tradicional. A UBS do Porto Mauá foi criada em 1993, tem uma área de 242 m², tem uma sala de apoio, uma farmácia, uma central de esterilização, duas salas de curativos, uma sala de vacinas, um local almoxarifado, uma cozinha, uma sala de observação, três consultórios, um odontológico e dois médicos, três salas de enfermeira, uma sala de reabilitação, um consultório psicológico, uma sala para o trabalho de endemias, uma sala de secretaria de saúde e diretor de unidade, sete banheiros, recepção, sala de espera. Além disso, temos um subposto de saúde em Campo Alegre com uma área de 80,75 m², com uma sala de curativo, um consultório médico e um odontológico, uma sala de enfermagem.

A equipe de saúde está composta por dois médicos especialistas em saúde da família e comunidade, duas enfermeiras generalistas e especialistas em saúde da família, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS),

além disso, dois profissionais de saúde bucal (cirurgiões dentistas) e um auxiliar em saúde bucal (ASB).

A equipe atua na UBS, nas residências, no território e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica De Saúde do Porto Mauá está situada no município do mesmo nome, na Microrregião Santa Rosa, noroeste do Rio Grande Do Sul, fronteira fluvial com Argentina, limita com Alecrim (RS) e Alba posse (Argentina) (IBGE 2008). Sua população estimada é de 2.743 Habitantes (IBGE 2010).

O atendimento na área da saúde é oferecido na Unidade Sanitária localizada em área rural, é uma UBS tradicional. A UBS do Porto Mauá foi criada em 1993, tem uma área de 242 m², tem uma sala de apoio, uma farmácia, uma central de esterilização, duas salas de curativos, uma sala de vacinas, um local almoxarifado, uma cozinha, uma sala de observação, três consultórios, um odontológico e dois médicos, três salas de enfermeira, uma sala de reabilitação, um consultório psicológico, uma sala para o trabalho de endemias, uma sala de secretaria de saúde e diretor de unidade, sete banheiros, recepção, sala de espera. Além disso, temos um subposto de saúde em Campo Alegre com uma área de 80,75m², com uma sala de curativo, um consultório médico e um odontológico, uma sala de enfermagem.

A equipe de saúde está composta por dois médicos especialistas em saúde da família e comunidade, duas enfermeiras generalistas e especialistas em saúde da família, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS), além disso, dois profissionais de saúde bucal (cirurgiões dentistas) e um auxiliar em saúde bucal (ASB).

A equipe atua na UBS, nas residências, no território e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a

comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde atua na UBS.

A ESF em conjunto com a gestão da APS e a comunidade, tem definido o território rural, com limites geográficos bem estabelecidos e população definida, respeitando critérios de vulnerabilidade. Reconhece parceiros intersetoriais (escolas, Organização não governamental, Centro de referência da assistência social, Centro de referência especializado de assistência social, etc.). O planejamento e a organização do trabalho são realizados de acordo com as necessidades de saúde da população adstrita, priorizando intervenções clínicas e sanitárias seguindo critérios de frequência, risco e vulnerabilidade. No Porto Mauá, a ESF humaniza o atendimento prestado pelo SUS, recuperando o vínculo entre médico e usuário, qualificando e reorganizando a rede da AB, sendo, por isso, considerado elemento essencial para orientação do modelo de atenção à saúde no país.

O Estado vem investindo fortemente neste município, na ampliação da equipe da estratégia de saúde da família, onde houve um aumento substancial no percentual de cobertura correspondente. Todavia a cobertura ainda não é suficiente, necessitando ser ampliada.

Além da assistência prestada no ambulatório de saúde, o município participa do consórcio distrital de saúde e com isso proporcionando acesso à consultas especializadas nas mais diversas áreas. Mantém também programa de exames laboratoriais realizados nos laboratórios do Hospital de Tuparendi. Tanto nos exames laboratoriais como demais procedimentos não há pagamento pelo usuário quando a assistência é feita pelo SUS. As internações são encaminhadas aos Hospitais de Tuparendi e Caridade em Santa Rosa. Os usuários são conduzidos em ambulância.

A população do Porto Mauá é composta por mais de 90% de pessoas idosas, destas 30% tem alguma deficiência. O posto tem uma estrutura física bem desenhada para um bom atendimento e mobilidade nos diferentes serviços. Em relação às barreiras arquitetônicas, os prédios são adequados para o acesso de idosos e portadores de deficiência física. Não possui tapetes na sala de espera, no consultório e em outras dependências do prédio. Existência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas com deficiência física, mas não dispunha de corrimão. Em todos os banheiros da UBS existem portas que garantem o acesso de cadeirantes e realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. Boa

disponibilidade de cadeiras de rodas para atender aos usuários no caso de necessidade. Na sala de espera, existe cadeira considerada adequada para os usuários.

Em relação ao modelo de atenção, os prédios da ESF são considerados adequados. O espaço destinado ao atendimento individual é compartilhado pelos profissionais da equipe, obedece a uma programação previamente estabelecida. Dessa forma, o consultório passa a não ser exclusivo do médico ou do enfermeiro, uma vez que a Equipe de Saúde da Família é multiprofissional e avalia de forma interdisciplinar, executando atividades dentro e fora da UBS. O consultório para uso ginecológico, não possui sanitário.

Há o espaço destinado à realização de procedimentos tais como: administração de imunobiológicos e de medicação injetável, realização de pequenos procedimentos, coleta de material para análises clínicas, administração de medicação inalatória, terapia de reidratação oral e permanência de pacientes em observação, é um espaço destinado ao compartilhamento de procedimentos por toda a equipe, levando em conta o planejamento das atividades.

O espaço destinado à administração de imunobiológicos e de medicação injetável, por se tratar de ambiente a ser utilizado em boa parte por usuários sadios, está previsto a localização desta sala, de forma que o usuário não transite nas demais dependências da UBS.

No caso, a UBS não possua sala específica para coleta, a equipe programa horários para a execução dessa atividade, de forma a possibilitar que sua realização se dê em uma das salas de procedimentos.

A sala para administração de medicação inalatória, não é confortável para os usuários durante o procedimento. Tem instalação de bancada com pia, torneiras com fechamento, uma central de nebulização com filtros e número de saídas adequado ao perfil epidemiológico local, recipiente para desinfecção das máscaras faciais, lixeira com tampa e pedal.

O consultório odontológico, está dotado de todo o equipamento necessários com boas condições de ventilação natural, com janelas que permitem iluminação natural.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento de gestação, início precoce do pré-natal, o mínimo ideal de consultas segue OMS é igual ao superior a seis.

O total de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS é de 10, com uma cobertura de 24%, abaixo dos valores estimados, todas as gestantes tem pré-natal iniciado no primeiro trimestre, as consultas são realizadas por médico todos os dias na semana em todos os turnos de trabalho. Nesta primeira consulta todas as gestantes têm solicitação dos exames laboratoriais, bem como os cônjuges, fazem as vacinas, hepatites B e antitetânica conforme a protocolo, também recebem exame bucal quantas vezes necessitem, orientação para aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, sendo que estas ações são feitas pela enfermagem. A prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico se cumpre segundo protocolo, todos estes dados são obtidos dos prontuários das gestantes. Além disso, todas possuem a carteirinha pré-natal a qual é utilizada nas consultas e as gestantes são orientadas para a próxima consulta. A realização do exame ginecológico não aparece descrita em avaliação durante atenção pré-natal, também não tem feita avaliação psicológica, em alguns casos aparecem orientações nutricionais.

Em relação ao puerpério o mínimo estimado do parto nos últimos 12 meses foi de 17 para uma cobertura de 52%, destas só 7 mulheres foram consultadas antes dos 42 dias pós-parto (41%), elas receberam orientações de aleitamento materno, cuidados dos recém-nascidos, mas não são examinadas as mamas, nem são realizados os exames ginecológicos, abdômen após parto, estes dados não conferem nos prontuários.

O atendimento à saúde da mulher se limita ainda, quase que exclusivamente aos períodos pré-natal e ao puerpério, e ainda assim de forma insuficiente. Além das atividades tão como a prevenção do câncer ginecológico, vários outros aspectos importantes ao adequado cuidado com a saúde da mulher tem merecido somente atenção secundária. Exemplos maiores de atividades raramente organizadas são prevenção, detecção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Entre os principais problemas de saúde identificados destacam-se: frequentemente de baixa qualidade; poucas orientações educativas; número reduzido de consultas.

Em relação ao programa de assistência integral à saúde das crianças, existem deficiências no cumprimento dos objetivos deste, pois só recebem atendimentos as crianças com alguma doença, não existe seguimento periódico de acordo com o preconizado, por exemplo, puericultura de 0 a 4 anos. Quanto à saúde das crianças menores de um ano residentes na área, temos 16, totalizando 48% de

cobertura. O protocolo do Ministério de Saúde na atenção da criança envolve basicamente a prevenção, detecção de riscos e manejo, assistência e controle das infecções respiratórias. As principais dificuldades na UBS é que não existência de puericultura, não realizamos visitas domiciliar, insistência de mulheres as consultas, não realização de atividades de promoção e prevenção de saúde, não orientação nutricional, prevenção de acidentes, nem acerca da importância de aleitamento materno até os 6 meses de vida do bebê.

Outras ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde, no posto de saúde temos uma boa eficiência dos programas de rastreamento, o programa além de avaliar e tomar amostras das usuárias que são agendadas, se faz o procedimento por livre demanda se for necessário após a avaliação médica. Neste município temos baixas taxas de incidência de câncer do colo de útero. Neste programa participa o médico e enfermeira, além disso, realiza-se atividades de promoção em toda a população com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde.

O parceiro das mulheres com exame citopatológico alterado também são investigados. Após o recebimento de um exame "positivo", cabe a AB realizar o acompanhamento da usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Os dados são preenchidos nos prontuários e registros específicos para o controle e monitorização deste programa.

O número estimado de mulheres de 25-64 anos é de 755 que constituem o 100% da cobertura, não temos mulheres fora da área. Neste período foram feitos 111 exames (15%), este valor muito abaixo do estimado. Temos 31 exames com mais de 6 meses de atraso, 2 exames cito patológicos, foram feitas 317 avaliações de risco para câncer de colo do útero, 42%, todas amostras coletadas satisfatoriamente.

Em relação ao câncer de mama, o número estimado de mulheres entre 50-69 anos é de 283, 100%, número de mamografias foi 60, apenas 21%, muito abaixo do estimado, com mais de três meses com atraso foi de 18,6%, avaliação para risco e orientações sobre prevenção de câncer de mama 159, que constituem 56%.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus são condições clínicas multifatoriais, têm alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA

a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, o controle metabólico é de muita importância para estes usuários.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e Diabetes. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial e glicose poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS e Diabetes M. requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Existem no município 313 pacientes com diagnóstico de Hipertensão arterial para 51% da cobertura e 125 Diabéticos, 71%.

Neste município existe dificuldade enquanto ao cumprimento do protocolo de atendimento à saúde dos idosos. Neste aspecto se deve contar com a participação de todas as instituições públicas, relacionadas a idosos, buscando-se através de uma articulação dinâmica, o desenvolvimento global da sociedade. Para alcançar este objetivo é necessário conhecer o protocolo e cumprir com o mesmo, realizar cadastramento das pessoas idosas, realizar estudo para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças, realizar acompanhamento médico, de enfermagem, nutricional, odontológico e psicológico. É necessário incentivar, promover a participação de idosos em atividades físicas, educativas, recreativas, culturais, viabilizar a organização de grupos de idosos nas comunidades.

Para a efetivação do acolhimento da pessoa idosa, temos todas as condições necessárias na UBS, os profissionais deverão conhecer a importância do trabalho na equipe com estas pessoas, as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente.

Para isso, devemos estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa, romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação

precária nas equipes multiprofissionais, investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

O médico geral da UBS faz visitas domiciliares aos idosos somente aqueles acamados ou quando esta é solicitada por os familiares. A visita Domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adstrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde. Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desses cuidadores. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares.

Para a realização desta tarefa foi muito difícil a coleta dos dados, não existem registros específicos, os dados relacionados com a quantidade de idosos foi obtido de um documento que possibilitou a prefeitura (Plano de saúde municipal 1996), neste documento a quantidade de idosos era 610, esse dado mostra uma quantidade de idosos maior que o esperado o que faz com que consideremos errado o registro do cadastramento no programa, já que a cobertura de atenção à saúde dos idosos antes de intervenção era de 44,9%.

Após fazer um estudo relacionado com as dificuldades existentes neste aspecto considero que umas das tarefas principais estará relacionado a melhorar o processo de atendimento aos idosos e para isto a proposta é Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas. Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a autoestima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. Fazer atividades de promoção de hábitos alimentares saudáveis para pessoas idosas, os profissionais da Atenção Básica/Saúde da família devem dar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolêmica. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes do município que

possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação conjunta.

Prática Corporal/Atividade Física. A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica. A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação do texto inicial e o Relatório eu posso dizer no texto inicial faltou muita informação, depois de responder os questionários e preencher os cadernos das linhas programáticas foi possível enriquecer este relatório. Após a análise de cada semana conseguimos identificar as diferentes dificuldades na UBS, como falta de registros, monitoramento, cadastramentos inadequados ou inexistentes, dificuldades estruturais, controle insuficiente de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, crianças entre outras, enfim nos permitiu conhecer a realidade de nossa UBS e poder trabalhar com o objetivo de melhorar estes aspectos e dificuldades para ter uma melhor atenção primária de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

O envelhecimento é uma etapa na vida das pessoas na qual elas precisam de atenção diferenciada, escuta de suas necessidades, fundamental à saúde, haja vista que além do envelhecer nesta etapa ocorrem diversas mudanças no organismo próprias deste processo e que muitos deles não podem compreender. Por isso, é muito importante a organização da atenção à saúde dos idosos na UBS, onde todos os profissionais estejam envolvidos para oferecer um melhor acompanhamento dos idosos com o objetivo de manter e promover a autonomia e a independência deles, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim.

A Unidade Básica De Saúde do Porto Mauá está situada em o município do mesmo nome, na Microrregião Santa Rosa, noroeste do Rio Grande Do Sul, fronteira fluvial com Argentina, limita com Alecrim (RS) e Alba posse (Argentina) (IBGE 2008). Sua população estimada é de 2.743 Habitantes (IBGE 2010)

A UBS do município de Porto Mauá está estruturada da seguinte forma: Uma equipe de saúde composta por dois médicos especialistas em saúde da família e comunidade, duas enfermeiras generalistas e especialistas em saúde da família, dois técnicos de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde (ACS), além disso, dois profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista), um auxiliar em saúde bucal. A equipe atua na unidade básica de saúde, nas residências, no território e na mobilização da comunidade, temos território definido, com uma população delimitada. Cada micro área está sob a responsabilidade sanitária de um ACS. Todos os ACS são responsáveis por no máximo 750 pessoas; assim sendo, a ESF tem 07 ACS e é responsável por no máximo 2.743 pessoas.

Neste trabalho a população alvo será as pessoas de 60 anos e mais, estima-se 274 idosos, constituindo 9,2% do total da população. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são

importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo. Para a realização deste trabalho existem muitas dificuldades, principalmente que não temos uma equipe de saúde bem organizada, não mostram interesse para sua participação no projeto, existe áreas muito longe da UBS, poucos recursos financeiros. Apesar destas dificuldades o projeto será executado com o objetivo de propor um caminho para um envelhecimento com qualidade, com a participação da sociedade, ferramentas adequadas e medidas concretas que favoreçam a promoção da inclusão e independência da pessoa idosa pelo maior tempo possível.

Nesta etapa da intervenção serão realizadas atividades de promoção de saúde nas comunidades e nas consultas dando a conhecer aos idosos a importância da realização de acompanhamentos periódicos, existência do programa de atenção aos idosos, além disto, a capacitação da equipe de saúde e agentes comunitários de saúde para a política de humanização.

Na unidade de saúde temos muitas dificuldades com o cumprimento do protocolo de atendimento a pessoa idosa, em primeiro lugar não existe conhecimento de protocolo de atendimento às pessoas idosas, existindo dificuldades no controle e registro das informações relacionadas com: número de idosos com acompanhamento em dia, avaliação clínica e multidimensional rápida, número de pacientes com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, controle do número de idosos com necessidades do atendimento odontológico, atividades de promoção e prevenção de saúde bucal, existência e utilização das cadernetas de saúde dos idosos.

Após de fazer uma análise desta situação considera-se necessária a realização de um projeto de intervenção para melhorar a situação da atenção à saúde no âmbito da minha comunidade e assim melhorar os indicadores de saúde das pessoas idosas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas na UBS Porto Mauá.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos idosos.

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção do usuário idoso.

Meta 2.1: Realizar a Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Metas 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Metas 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Metas 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial maior que 135/80mmhg para DM.

Metas 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de saúde do idoso.

Metas 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Metas 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da pessoa idosa à 100% dos idosos.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Metas 5.2: Investigar a presença de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo a higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este trabalho trata de uma intervenção que será realizada durante um período de 12 semanas, entre os meses de janeiro e março dos 2015. A população é constituída por usuários de 60 anos e mais pertencentes à população de Porto Mauá, ficando assim nossa amostra delimitada a 273 pessoas idosas (9,9 %) da

população total, residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Para realizar a intervenção no programa de saúde dos idosos utilizaremos como protocolo o caderno de atenção básica nº 19 envelhecimentos e saúde das pessoas idosas, do ministério de saúde, Brasília 2007. Como não temos um programa de saúde dos idosos serão considerados os idosos atendidos em a unidade de saúde e localizados por meio das fichas de atendimento ambulatorial (FAA). Como instrumento de coleta de dados serão utilizadas as fichas-espelho.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

I. Eixo Monitoramento e avaliação:

1.1 monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde com ajuda da equipe de saúde e ACS.

Detalhamento: Fazer o monitoramento e avaliação mensal pelos registros dos idosos atendidos na UBS, os responsáveis serão médicos e enfermagem da equipe de saúde.

II. Eixo Organização e gestão do serviço.

1.1. Acolher os idosos.

1.2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

1.3. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: O médico e enfermagem farão o cadastramento 100% da população de 60 anos e mais com ajuda das agentes de saúde. A equipe fará ao atendimento dos idosos no posto de saúde, em qualquer horário do atendimento conforme agendamento e por livre demanda, nos dois turnos de trabalho, nos casos necessários serão avaliados por equipe multidisciplinar, psicólogo, nutricionista, odontologista, clínica, fisioterapeuta. Garantir o acolhimento humanizado a 100% das pessoas idosas no projeto de intervenção, em todas as etapas de atendimento, começando desde a entrada na recepção até à finalização da consulta. O médico e enfermagem sensibilizam o pessoal da UBS na importância destas ações. A enfermeira atualizará cada dia as informações do SIAB.

III. Eixo Engajamento público.

1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Conseguir que as comunidades participem no projeto, a enfermagem dará a conhecer a importância do acompanhamento dos idosos na unidade de saúde através das palestras que serão realizadas cada mês em as comunidades. A equipe fará em cada comunidade uma reunião para informar os detalhes do programa objetivo e importância, no primeiro mês da intervenção. O médico vai criar um grupo de idosos onde poderá incluir os demais integrantes das famílias para incrementar os conhecimentos quanto aos cuidados necessários para esta faixa etária, também fazer participação ativa da equipe de saúde no grupo, incentivando a importância das consultas, alimentação saudável, exercício físico, cuidado bucal, entre outras atividades de promoção e prevenção de saúde. Conscientizar as comunidades quanto à importância do projeto a equipe toda trabalhara nesta atividade.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica.

1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O médico em reunião com a equipe de saúde da UBS vai oferecer informação da existência do protocolo de atenção aos idosos. O médico e enfermagem organizaram nas primeiras quatro semanas da intervenção em reunião efetuada pela equipe o estudo e debate do protocolo de saúde dos idosos, estes encontros serão realizados na unidade básica de saúde em horário estabelecido para as reuniões da equipe. Durante toda a intervenção o médico e enfermagem realizaram capacitação aos ACS quanto a busca ativa dos faltosos a consultas e para a Política Nacional de Humanização.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida aos 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.6. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

2.7. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10.. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

I. Eixo Monitoramento e avaliação.

1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos

2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

2.2. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

2.3. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

2.4. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

2.5. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.6. Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

2.7. Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

2.8. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos. Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

2.9. Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Fazer avaliação multidimensional de 100% dos pacientes idosos que assistem a consulta e o monitoramento pelo menos uma vez ao ano, deixando agendada a próxima consulta ou visita domiciliar, apoiando-nos no médico e enfermeira. O médico e a enfermeira monitorarão o exame clínico apropriado dos idosos na unidade nos registros do atendimento aos idosos cada seis meses. O médico monitorará cada seis meses os registros de atendimento dos idosos. A enfermeira verificará os registros de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia cada três meses. Mensalmente a enfermeira da equipe verificará nos registros os usuários acamados ou com problemas de locomoção. O médico e a enfermeira verificarão a realização da visita domiciliar mensalmente nos registros de atendimento dos idosos. O médico e a enfermeira monitorarão a medida da PA para o rastreamento nos registros de atendimento aos idosos anualmente. O médico e os odontologistas verificarão a necessidade de tratamento odontológico cada mês nos registros. Semanalmente a enfermeira verificará o número de idosos com a primeira consulta odontológica nos registros.

II. Eixo Organização e gestão do serviço.

1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen).

2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabético provenientes das buscas domiciliares.

2.4. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares

3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

3.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

4.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

5.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

6.3. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

7.1. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

7.2. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

7.3. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: A semana previa ao início intervenção o médico realizara uma reunião com a equipe de saúde do posto e com a participação da secretaria de saúde do município para garantir a existência das condições necessárias para a aplicação do projeto, fazer impressão da versão atualizada do protocolo de atenção dos idosos e ter disponibilidade no serviço para que a equipe possa consultar quando necessário. A secretaria de saúde deve garantir a existência de esfigmomanômetros em ótimas condições para uma medição adequada da pressão arterial, aparelhos para hemoglicoteste em ótimas condições para o rastreamento de glicose a todos os pacientes que apresentem pressão arterial por cima de 135/90, garantir quantidades suficientes de tiras para teste de glicose. Para a realização

destas atividades nos apoiaremos nas técnicas de enfermagem as que acolhem os pacientes e fazem a primeira escuta e avaliação de sinais vitais, anotando nas fichas cada um dos dados, garantir que os dados sejam anotados em dia e monitorar ao final do dia estes resultados. O médico e enfermagem realizarão reunião com os odontólogos e assistente de odontologia para obter os dados da quantidade de pacientes idosos que tem primeira consulta e os que necessitam avaliação, priorizar acompanhamento dos idosos, avaliar a existência de recursos suficientes para avaliar os usuários marcados, monitorar semanalmente a quantidade de usuários e os faltantes a consultas, incentivar a busca ativa dos faltosos apoiando-nos nas CS.

III. Eixo Engajamento público.

1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

1.2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

2.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

4.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

4.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

4.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

5.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

5.2.Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

6.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.2.Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

7.1. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

7.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

7.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermagem explicarão a cada usuário em consulta os direitos de receber atendimento no posto de saúde e ser visitados por as ACS, além de ter direito de solicitar visita domiciliar por o médico quando necessitar. Esclarecer a importância de assistir as consultas, realizar os exames laboratoriais nos casos necessários assim como o exame bucal, explicar os fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, a enfermagem organizara palestras mensalmente nas comunidades para informar fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardíacas, diabetes e doenças bucais. O médico e enfermagem durante as reuniões cada mês em as comunidades. Informara aos idosos sobre o atendimento prioritário a os usuários de 60 anos e mais, assim como a importância da medida da pressão artéria acima de 60 anos. O médico definirá e orientará as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico na reunião de equipe na primeira semana da intervenção. A secretaria garantirá a referência dos idosos com alterações que necessite avaliação por outro especialista, o médico solicitará o cumprimento da contra referência em cada solicitação de encaminhamento. Os ACS garantirão a busca dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado cada semana. Cada mês a enfermeira organizará a agenda para acolher aos idosos.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica

1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

3.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

4.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

4.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

5.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

6.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

6.2. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

7.1. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

7.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

7.3. Capacitar os ACS para captação de idosos.

7.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: O médico capacitará aos profissionais na semana previa ao início da semana de intervenção quanto ao conhecimento do protocolo de atendimento dos idosos, saúde dos idosos, cadastramento, acolhimento, encaminhamento para o serviço odontológico. O médico e enfermagem capacitaram os membros da equipe para o preenchimento da ficha de atendimento. O médico fará a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes cada 6 meses na reunião de equipe na unidade de saúde. O médico capacitara a equipe na primeira semana da intervenção sobre o cadastro identificação e acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Mensalmente a enfermeira verificará nos registros de atendimento dos idosos a realização da visita domiciliar. Durante a primeira semana o médico e enfermagem orientaram os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Na primeira semana da intervenção o médico e enfermagem capacitarão a equipe da unidade para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. A enfermeira capacitará à equipe na primeira semana de intervenção para a realização de hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 mmHg ou para aqueles com diagnostico de hipertensão arterial sistêmica. Na primeira semana da intervenção em a reunião da equipe o médico e a enfermeira farão a capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Semanalmente a enfermeira verificará o número de idosos com a primeira consulta odontológica nos registros e realizara a capacitação a equipe para realizar avaliação de necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

I. Monitoramento e avaliação.

1.1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Fazer monitoramento por toda a equipe do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e monitorar o número de usuários idosos faltosos a consulta em cada reunião da equipe feita às quartas-feiras.

II. Organização e gestão dos serviços.

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe vai organizar a agenda na primeira semana de intervenção, sendo que começará as visitas domiciliares a partir da segunda semana de intervenção para a busca ativa dos idosos faltosos, esta atividade será feita todas as semanas, ao final de cada semana as ACS realizaram um informe dos usuários faltosos e reagendarão os mesmos a cada semana.

III. Engajamento público

1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: O médico e enfermagem farão mensalmente palestras na comunidade para explicar a importância do acompanhamento dos idosos e avaliação odontológica. A equipe ouvirá mensalmente a comunidade no grupo de idoso. Nas reuniões com os grupos de idosos a equipe esclarecerá as dúvidas existentes sobre a periodicidade das consultas.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica.

1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: A enfermagem fara trena as ACS para a orientação de idosos quanto a importância das consultas e sua periodicidade e avaliam todas as sextas feiras as fichas espelhos e discutir os casos prioritários por seus riscos e definir conduta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da pessoa idosa à 100% dos idosos cadastrados.

I. Monitoramento e avaliação.

1.1. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

1.2. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Fazer monitoramento mensalmente por toda a equipe de todos os acompanhamentos dos idosos na unidade de saúde. O médico e a enfermeira verificarão preencheram os registros nas cadernetas duas vezes por ano

II. Organização e gestão dos serviços.

1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Atualizar as informações do SIAB, esta atividade será feita por enfermagem da equipe através dos dados oferecidos e manter essa atualização semanalmente. Definir uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro. Nomear a enfermeira da equipe como responsável do monitoramento dos registros. As cadernetas já estão solicitadas.

III. Engajamento público.

1.1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

2.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: A enfermeira orientará a comunidade e idosos em cada reunião de grupo mensalmente sobre seus direitos quanto aos registros. A equipe orientará

aos idosos e a comunidade mensalmente nos grupos sobre a importância de sempre portar a caderneta do idoso no momento de todas as consultas.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica.

1.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O médico trinará a equipe na primeira semana da intervenção no preenchimento nos registros (fichas espelhos) e caderneta de saúde, necessários pelo acompanhamento dos idosos na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2: Investigar a presença de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

5.3: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

1. Monitoramento e avaliação.

1.1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e enfermagem farão rastreamento na área de abrangência do número de usuários idosos de alto risco identificados para estabelecer ações de prevenção e promoção, com uma periodicidade mensal. Fazer por parte dos ACS busca ativa dos idosos com risco durante toda a semana. A enfermeira e o médico verificarão a avaliação da rede social em todos os idosos e monitorarão os idosos com redes sociais deficientes nos registros a cada seis meses.

II. Organização e gestão dos serviços.

1.1. Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

2.1. Priorizar os atendimentos a idosos fragilizados na velhice.

3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e enfermagem planearam semanalmente as consultas do atendimento e dar prioridade no atendimento dos idosos de alto risco e fazer o atendimento de qualidade, além de planejar o agendamento e a visitas a idosos com equipe multidisciplinar para idosos com redes sociais deficientes.

III. Engajamento público.

1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

2.1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

3.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

3.2. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: O médico e enfermagem Organizarão palestras com os grupos nas comunidades e os familiares dos idosos sobre os fatores de risco para morbidades, assim como nas consultas e visitas domiciliares. Explicar nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica.

1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Em reunião da equipe na primeira semana da intervenção o médico capacitará os profissionais em saúde das pessoas idosas, para a identificação oportuna e registro de fatores de risco.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Metas 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

I. Monitoramento e avaliação.

1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

4.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Em consulta o médico e a enfermeira verificarão a realização da orientação nutricional nos registros mensalmente. Fazer monitoramento pela equipe das atividades de educação em saúde. Fazer monitoramento pela equipe do registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, revisar em cada consulta esse registro mês a mês. Fazer monitoramento pela enfermeira de todas as atividades educativas coletivas realizadas na UBS, comunidade, outros sítios e fazer registros dessas atividades. O médico, a enfermeira e a nutricionista verificarão cada mês nos registros os idosos com obesidade/desnutrição.

II. Organização e gestão dos serviços.

1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

4.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico definirá na primeira reunião da equipe ao início da intervenção o papel de cada membro da equipe, orientará aos integrantes da equipe em consulta de idosos, visitas domiciliares, visitas às comunidades sobre a prevenção da HAS, DIA, Doenças cerebrovasculares e acidentes, fatores de risco. Em reunião da equipe determinar as ações a realizar por agentes de saúde com apoio do médico e enfermeira para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Em reunião de equipe o médico e enfermagem

farão o planejamento e a organização da agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo nas comunidades e na própria UBS, identificarão e organizarão mensalmente os conteúdos que serão trabalhados nas atividades educativas, organizarão todo material necessário para essas atividades. O médico definirá o papel de cada membro da equipe na orientação para a prática de atividade física regular na primeira semana da intervenção.

III. Engajamento público.

1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

4.1. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias

Detalhamento: A equipe fará a orientação mensalmente nos grupos e durante as consultas de forma individualizada sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas. O médico fará palestras na comunidade, nos clubes de mães e todos os espaços possíveis sobre prevenção e promoção de saúde nos idosos. O odontólogo e assistente de odontologia farão orientação sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias mensalmente na reunião de grupos.

IV. Eixo Qualificação da prática clínica.

1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

4.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A nutricionista fará a capacitação na primeira semana de intervenção na reunião de equipe a todos os profissionais sobre alimentação saudável. Em reunião da equipe o médico capacitara os profissionais sobre a

importância de uma adequada orientação nutricional, promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável ou a Guia alimentar para a população brasileira”. Fazer por parte da equipe capacitações aos responsáveis pelo cuidado dos idosos. Os odontologistas farão a capacitação na primeira semana na reunião de equipe sobre higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70% dos idosos com acompanhamento na UBS mensalmente.

Indicador 1.1: Proporção da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

NUMERADOR: Idosos cadastrados no programa

DENOMINADOR: Idosos pertencentes à área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a atenção do usuário idoso.

Meta 2.1: Realizar a Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da saúde.

Indicador 2.1: Proporção dos idosos com AMR em dia.

NUMERADOR: Idosos com AMR em dia

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exames clínicos em dia.

NUMERADOR: Idosos com exames clínicos em dia

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.3: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Indicador 2.3: Proporção de idosos rastreados para hipertensão arterial sistêmica na última consulta.

NUMERADOR: Idosos com medida da P.A.

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.4: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial maior que 135/80mmhg para DM.

Indicador 2.4: Proporção de idosos rastreados para diabetes mellitus.

NUMERADOR: Idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

DENOMINADOR: Idosos com P.A sustentada ou com diagnostico de HAS.

Metas 2.5: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.5: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

NUMERADOR: Idosos hipertensos ou diabéticos com exames complementares em dia

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.6: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizados.

NUMERADOR: Idosos com prescrição da farmácia popular

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

NUMERADOR: Idosos acamados que receberam visita domiciliar

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.8: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

NUMERADOR: Idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

DENOMINADOR: Idosos inscritos no programa e pertencente à área de abrangência.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de saúde do idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção dos idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

NUMERADOR: Idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela UBS

DENOMINADOR: Idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Distribuir a Caderneta de Saúde A 100% da pessoa idosa.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento /espelho em dia.

NUMERADOR: Número de fichas espelho com registro atualizado

DENOMINADOR: Número de idosos cadastrados no programa.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Investigar a presença de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

NUMERADOR: Idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

NUMERADOR: Idosos rastreados quanto ao risco de hábitos alimentares saudáveis

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Indicadores 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

NUMERADOR: Idosos investigados quanto à presença de atividade física

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa e pertencente à área de abrangência.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo a higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados).

Indicadores 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

NUMERADOR: Idosos com orientação sobre higiene bucal

DENOMINADOR: Idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa do idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Nº 9 (Brasil, 2006). Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso, para o registro das informações necessárias. Faremos gestão junto com a secretaria de saúde do município para conseguirmos imprimir as fichas espelho dos 273 idosos que estimamos alcançar. Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também

disponibilizada pelo curso, como instrumento de monitoramento e o prontuário individual dos idosos.

Para organizar o registro específico do programa a assistente de enfermagem revisará o livro de registro existente na UBS para identificar os idosos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A assistente localizará os prontuários e transcreverá a ficha complementar as informações disponíveis. Ao mesmo tempo em que realizará o primeiro monitoramento anexando uma notação sobre as consultas em atraso e demais dados e exames clínicos.

Começaremos a intervenção com uma capacitação sobre o manual técnico de saúde do Ministério da Saúde, 2006, que irá acontecer na unidade na primeira semana da intervenção será realizada pela enfermeira. As demais capacitações, acerca dos diversos temas definidos no projeto, também serão desenvolvidas pela enfermeira, com apoio dos médicos e profissionais convidados, e serão efetivadas durante as primeiras semanas de intervenção de modo a garantir a qualidade de todas as ações a serem desenvolvidas.

Para conseguirmos cumprir com a ação de acolhimento dos idosos que buscarem o serviço contaremos com a disposição de toda a equipe. Idosos serão atendidos em ambos os turnos, todos os dias, priorizando seu atendimento. Mesma conduta com os Idosos que buscarem consultas de rotina e os idosos que vierem a consulta de reavaliação serão atendidos todos os dias em todos os turnos e sairão com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com os líderes das comunidades e o Conselho Municipal de Saúde, para apresentar o projeto, explicando a importância da realização da consulta ao idoso. Pretendemos conseguir o apoio da comunidade, esclareceremos sobre a necessidade de priorizar o atendimento dos idosos. O projeto será divulgado nas comunidades, nos grupos, na UBS.

O monitoramento da ação programática será realizado pela enfermeira, com uma frequência semanal, a mesma examinará as fichas dos usuários idosos identificando aquelas que estão com as consultas em dia, faltosos, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Para cumprir o objetivo contamos com as agentes comunitárias de saúde que fortalecerão o projeto com a busca ativa dos idosos faltosos às consultas. Ao final de cada mês as informações serão coletadas e consolidadas na planilha eletrônica.

Nossa unidade tem as condições necessárias para coleta dos exames laboratoriais, mas não temos os recursos financeiros necessários, sendo que temos convênio com o laboratório de Tuparendi que recebe a coleta que fazemos na unidade, processa os resultados, os quais demoram de sete a dez dias, não contamos com outro laboratório, apenas este é centro de referência de vários municípios. Temos convênio com o Hospital de Santa Rosa para realização de exames especiais, além de Santo Ângelo, Três de Maio, Santa Maria, Passo Fundo, são municípios com os que têm convênio a secretaria de saúde. Serão feitos segundo protocolo de atendimento à pessoa idosa do Ministério da saúde, 2006.

Na unidade contamos com os materiais educativos necessários para realizar atividades de prevenção e promoção de saúde, realizar palestras, conversas nas comunidades ou grupos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao analisar o trabalho desenvolvido durante as doze semanas de intervenção, considero que poderíamos alcançar um número maior de atividades e cumprir todas as metas estabelecidas, mas não é motivo de preocupação já que a intervenção passou a ser parte da rotina no posto de saúde e tenho certeza que dia a dia alcançaremos melhores resultados, ainda é o início de uma etapa diferente na atenção básica de saúde e que com o empenho da equipe os resultados serão exemplo para outros municípios.

Quando iniciamos o projeto tínhamos entre as ações monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de saúde, ação que foi realizada ao longo da intervenção alcançando 75,9% da cobertura do programa a saúde dos idosos na unidade de saúde, nossa meta foi de 70%.

O acolhimento aos idosos neste aspecto melhorou grandemente alcançando a satisfação da população idosa, inicialmente eles tinham que realizar as filas junto a outros pacientes agora tem prioridade e desde sua chegada são acolhidos por técnico de enfermagem a qual realiza a escuta inicial do problema e orienta a conduta a seguir.

O cadastramento dos idosos continuará, temos como debilidade que em nossa população, por suas características geográficas e por ter fronteira com outro país, há muita migração.

Nosso trabalho em conjunto com a comunidade foi de muita importância principalmente realizamos ações de promoção e prevenção de saúde, com o objetivo de mudar estilos de vida, esclarecemos os direitos e deveres dos pacientes idosos e a importância de assistir as consultas, as atividades foram apoiadas por os

líderes comunitários. As visitas domiciliares aos pacientes acamados (sendo cinco idosos) foram realizadas a 100% deles, é bom esclarecer que em nosso posto de saúde as visitas são realizadas pelo Doutor Fernando, especialista em atenção básica e clínico já que é uma das tarefas que incluem seu contrato, mas como o trabalho é de toda a equipe o indicador foi cumprido.

Quando iniciamos a intervenção fizemos o rastreamento para diabetes em todos os idosos com o diagnóstico de hipertensão arterial e não somente aqueles que em sua avaliação apresentava pressão arterial maior que 130/80, isto alterou os dados nas tabelas e o indicador era maior que 100%, logo corrigimos o erro e temos os resultados esperados, mesma situação ocorreu com o indicador orientação de cuidados de saúde bucal, temos que enfatizar que em nosso dia a dia realizamos atividades de orientação, prevenção de saúde bucal como parte do programa de saúde da família pelo que a avaliação do risco de doenças bucal e temas relacionados com a saúde bucal também são tratados em consultas médica, mas estes indicadores não foram cumpridos porque a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 82,2%, não alcançamos os 100% previsto, mesmo assim com proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada. A busca ativa para eles também foi um indicador que não cumprimos, pois deixamos escapar os pacientes que bem poderiam assistir a consultas de odontologia programada, além de ter todas as condições de trabalho e os profissionais capacitados para fazer este trabalho, penso que em pouco tempo com a continuidade de nosso trabalho conseguiremos cumprir o indicador.

Na relação à proporção de idosos com prescrição de medicamento em farmácia popular, temos o indicador em 60,1%, sendo que no posto de saúde temos uma farmácia dotada com os medicamentos necessários para o tratamento de hipertensão arterial e Diabetes, mas há uns meses a maioria dos medicamentos foram trazidos da farmácia popular, portanto os pacientes recebem eles tanto de nosso posto como da farmácia popular e ainda assim o indicador está baixo, em 60,1 %.

Ao longo da intervenção apreciamos a necessidade de incrementar o número de consultas com nutricionista e fisioterapia, pelo que nosso conselho de saúde aprova aumentar as horas de prestação de serviço destes especialistas, eliminando os agendamentos e aumentando o número de consulta no dia.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as atividades foram cumpridas, tínhamos planejado um total de oito atividades. Nestas atividades além dos idosos participaram nutricionista, psicólogos, odontólogo e clínico de nossa unidade básica de saúde. Em a primeira atividade recebemos apoio dos principais diretivos do município, gestora de saúde, Prefeito e Vice-prefeito. Estas ações conjuntamente com a busca ativa realizada por nossas agentes de saúde ajudaram a alcançar 95,2% de idosos avaliados em consulta, 99,5% com exame clínico apropriado, 96,8% de exames realizados, justamente neste aspecto apresentávamos dificuldades já que o município inicialmente não aprovou a liberação de recursos para a realização de exames essenciais aos idosos, tendo como obstáculo a pouca disponibilidade de recursos destinados pôr o governo ao setor da saúde em nosso município, mas depois nas diferentes reuniões da equipe insistimos na importância da realização dos exames para os idosos e trazemos metas para redução dos gastos em outros aspectos e conseguimos cumprir com este indicador.

Outro indicador que não cumprimos e ainda temos dificuldades é com as cadernetas de saúde das pessoas idosas, somente 38,9% possuem elas, além de nossos esforços com a gestora não conseguimos a entrega aos 100% dos pacientes, mas já temos um número determinado de cadernetas que foram enviadas para realizar entrega delas, além disso, não são suficientes, esperamos conseguir em um período curto a chegada de mais cadernetas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta de dados relativos a intervenção, ao fechamento de planilhas e cálculo de indicadores a primeira dificuldade que apresentamos foi que ao começar a intervenção não tínhamos a totalidade das fichas espelhos nem as cadernetas dos usuários idosos, mas isso não atrapalhou nosso trabalho porque assim mesmo começamos e a secretaria de saúde comprometeu-se a imprimir o total das fichas que faltava. Temos mantido o registro das pessoas idosas periodicamente atualizando as informações, fizemos correção de dados que apresentavam erro, as fichas espelhos estão atualizadas.

Ao preencher as fichas espelhos tivemos dificuldades com alguns dados já que não existiam registros anteriores e nos prontuários não tinham a qualidade

necessária, além das irregularidades e má qualidade das consultas a pessoas da terceira idade. Mas mesmo com estas dificuldades as fichas espelhos foram todas preenchidas e revisadas como estava previsto.

No começo da intervenção tivemos algumas dificuldades para entender algumas perguntas já que não tínhamos todo o conhecimento da língua portuguesa. Assim como copiar os dados de um mês para outro, mas com ajuda da orientadora e grupo de apoio se fizeram os esclarecimentos de nossas dúvidas e conseguimos compreender e continuar a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção estava planejada para 12 semanas. Entendo que é curto tempo para conseguir melhores resultados, mas se observarmos os indicadores vemos as melhorias alcançadas nestes três meses, por exemplo, como a cobertura foi aumentando sistematicamente. Mais importante que os números foram a possibilidade de incorporar à rotina do serviço as ações de saúde para as pessoas idosas que anteriormente não eram realizadas com a qualidade e periodicidade requerida, além disso, ver a satisfação deles e da comunidade pelo desenvolvimento deste trabalho para o melhoramento da saúde deste grupo.

Ainda temos muitos aspectos a melhorar como promover uma maior sensibilização e engajamento da equipe, dos ACS e do gestor para continuar o trabalho. Manter as famílias e comunidades em geral informadas sobre o projeto e a necessidade da continuidade do mesmo, participando seja nas consultas dos usuários idosos, nos grupos da terceira idade, nas atividades de promoção e prevenção de saúde. Melhorar os registros com as informações necessárias e atualizadas e continuar capacitando a equipe. Assim, a UBS de Porto Mauá tem incorporada a rotina de trabalho a atenção às pessoas idosas e o resto das atividades de promoção e prevenção de saúde.

4 Avaliação da intervenção.

4.1 Resultados

A intervenção aconteceu entre os meses de janeiro e março dos 2015 e teve como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Porto Mauá, Porto Mauá, RS. A seguir são descritos os resultados a partir dos objetivos específicos, metas e indicadores de cobertura e qualidade.

Objetivo geral: Melhorar a atenção aos idosos

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Em nossa área de trabalho correspondente a UBS de Porto Mauá temos 274 usuários idosos. No primeiro mês da intervenção 74 usuários idosos (27%) residentes na área de abrangência foram cadastrados no programa. No segundo mês, cadastramos 67 usuários, menor número em relação com o primeiro mês para um total de 141 usuários idosos (51,5%). No terceiro mês, se cadastraram 167 usuários idosos que somou um total 208 usuários (75,9%), observa-se assim um aumento da cobertura de atenção.

Nossa meta era ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso 70% e a mesma foi cumprida. No primeiro mês não alcançamos um número significativo de usuários idosos cadastrados previstos para a intervenção ainda existiam algumas dificuldades organizativas. No segundo mês não alcançamos a meta, no terceiro

mês houve um incremento consideravelmente positivo a ação que mais auxiliou para que esta meta apresentasse esta curva crescente foi o cadastramento de todos os usuários idosos da área de abrangência na unidade de saúde e na busca ativa para chamar os idosos para a consulta, outra ação que possibilitou com que esse cadastro fosse satisfatório foi a realização das reuniões para a informação das comunidades sobre a importância do acompanhamento na unidade de saúde.

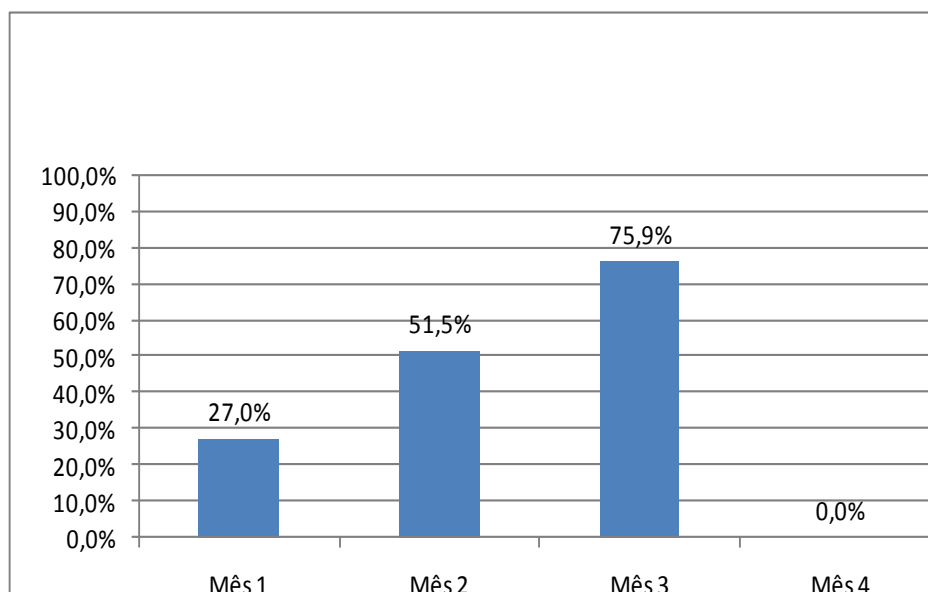


Figura 01: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá /RS.

Objetivo geral 2: Melhorar a atenção do usuário idoso.

Meta 2.1: Realizar a Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da saúde.

Indicador: Proporção dos idosos com Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em dia.

Na UBS não existia o programa de atenção à saúde dos idosos, motivo pelo qual nenhum dos idosos cadastrados tinha Avaliação multidimensional rápida. A mesma foi feita ao o maior número de usuários que assistiram a consulta. No primeiro mês da intervenção dos 74 usuários cadastrados no programa 64, avaliados (86,5%), no segundo mês a equipe logrou (92,9%), sendo avaliados 67 usuários idosos mais, somando 141 usuários com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, no terceiro mês além do incremento no número de usuários não logramos a meta desejada (100%), culminando com 198 usuários com AMR, (95,2%)

Estes resultados foram alcançados pelas seguintes ações: Capacitação da equipe multidisciplinar sobre a realização desta avaliação, definição das atribuições dos profissionais e a orientação às comunidades sobre estas avaliações.

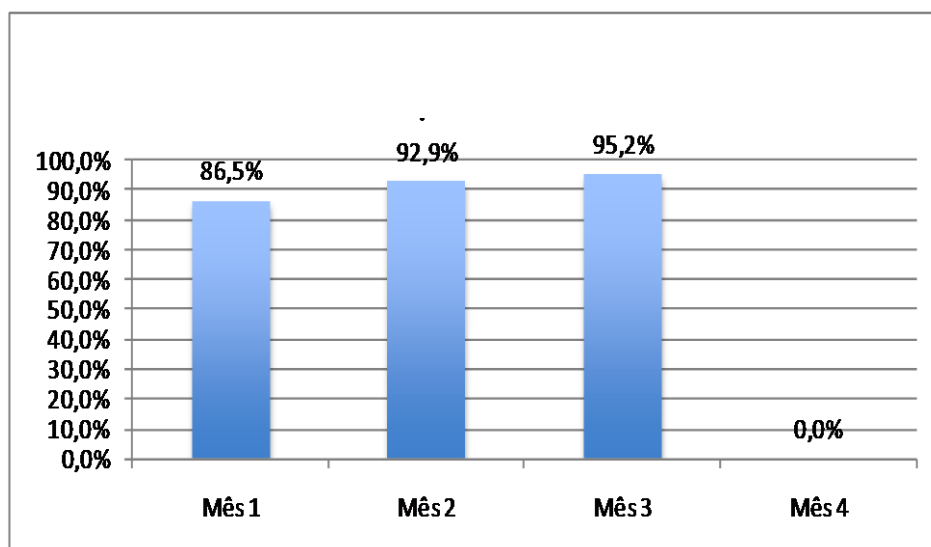


Figura 02: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador: Proporção de idosos com exames clínicos em dia.

Dos 74 usuários cadastrados no programa no primeiro mês, 74 usuários estavam com exame clínico apropriado em dia (100%) no segundo mês 140 usuários idosos (99,3%) e no terceiro mês 207 pacientes (99,5%) dos idosos com exame clínico apropriado em dia, no segundo e terceiro mês não se alcançou a meta.

Realizamos ações importantes para alcançar a meta, apesar de não conseguir cumprir a mesma, mas esperamos a longo do tempo com a implementação do projeto como parte de nossa rotina chegarmos ao nosso objetivo.

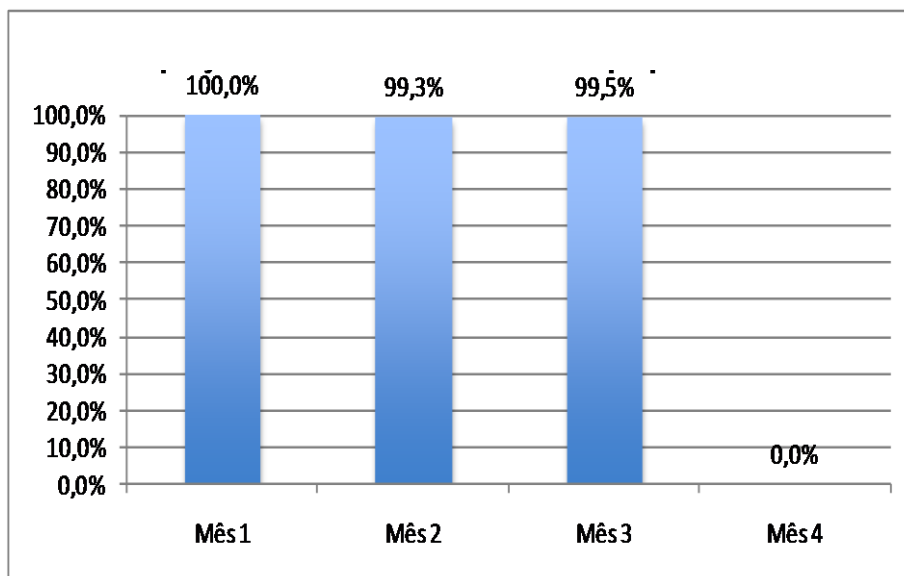


Figura 03: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/ RS.

Metas 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicadores: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Dos idosos cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, deles apresentaram os exames complementares periódicos em dia na seguinte ordem: no primeiro mês, de 46 usuários idosos cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, 40 tinham solicitação de exames complementares periódicos em dia (87,0%) no segundo mês foram 89 usuários deles 86 com exames periódicos em dia (96,6%) e no terceiro mês de 126 usuários 122 com exames periódicos em dia (96,8%).

Apresentamos dificuldades que forem discutidas com o gestor municipal para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo, mais não foi possível lograr a meta. A situação em a falta de recursos financeiros foi um dos motivos que afeto está atividade, mais nossa equipe trabalho intensamente para orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares a importância dos mesmos, a equipe pretende continuar o trabalho para alcançar a meta.

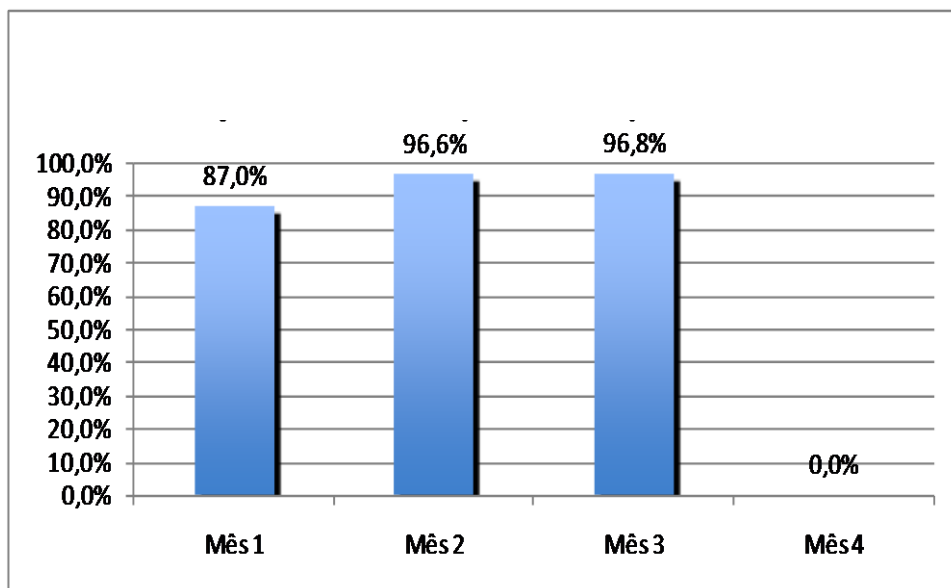


Figura 04: Gráfico indicativo da Proporção de idosos hipertensos e/ ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/ RS.

Metas 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizados.

No primeiro mês dos 74 usuários cadastrados no programa 49 foram classificados como hipertensos e/ou diabéticos receberam medicamentos da farmácia popular de forma priorizada (62,2%). No segundo mês dos 141 usuários cadastrados, 93 destes hipertensos e/ou diabéticos com uso de medicamentos da farmácia popular (66,0%) e no terceiro mês dos 208 usuários cadastrados 125 sendo hipertensos e/ou diabéticos com medicamentos da farmácia popular (60,1%). Não todos os usuários cadastrados forem classificados como hipertensos e/ou diabéticos, porem seguem indicador número de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ número de idosos cadastrados no programa, não logramos a meta 100%.

Apesar de não obter 100% deste indicador, realizamos ações importantes no posto de saúde entre elas: manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

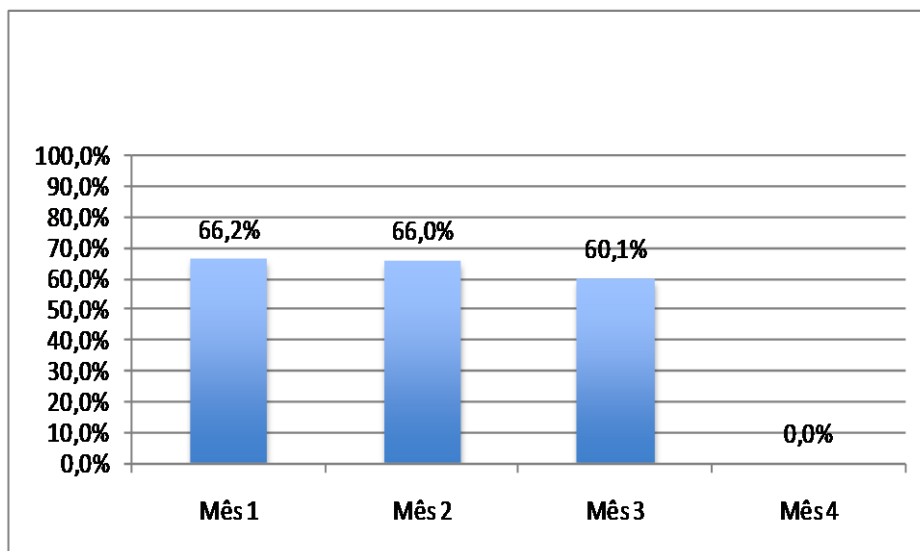


Figura 05: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Foram cadastrados cinco usuários acamados e não encontramos outros pacientes com problemas de locomoção, totalizando indicador de 100%.

A orientação em reunião com nossa equipe de trabalho para classificar um idoso acamado ou com problema de locomoção foi a ações que permitiu obter esta meta.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Os cinco (100%) pacientes acamados foram visitados nos seus lares e realizamos atividades de orientação, prevenção e promoção de saúde.

A ação que facilitou esta fase foi organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para (HAS) Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão arterial sistêmica na última consulta.

Para a realização desta meta foram rastreados o 100% dos usuários que assistiram a consulta, no primeiro mês 74, no segundo 141, no terceiro mês 208.

As ações fundamentais para que esta meta fosse alcançada foram: organização da equipe e capacitação para realizar medição da pressão arterial a todos os usuários que chegaram a consulta priorizando os maiores de 60 anos orientação a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Metas 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial maior que 135/80mmhg para DM.

Indicador: Proporção de idosos rastreados para diabetes mellitus.

No primeiro mês dos 19 idosos com diagnóstico de HAS, 19 foram rastreados para diabetes mellitus (DM) (100%). No segundo mês dos 32 portadores de HAS foram rastreados 32 usuários para DM (100%) e no terceiro mês de 55 usuários com HAS 55 foram rastreados para DM (100%).

Orientar e capacitar a equipe de saúde na adequada realização do glicoteste em sangue e as atividades de orientação as comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em idosos para uma pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de HAS e sobre os fatores de risco foi a ação que facilitou o alcance desta meta.

Metas 2.9- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Não alcançamos a meta além de ter todas as condições no município para um adequado atendimento odontológico aos idosos. Deste modo no primeiro mês de 74 usuários cadastrados 55 foram avaliados (74,3%) no segundo mês de 141 usuários 111 pacientes avaliados (78,7%) no terceiro mês de 208 usuários foram avaliados 171 (82,2%).

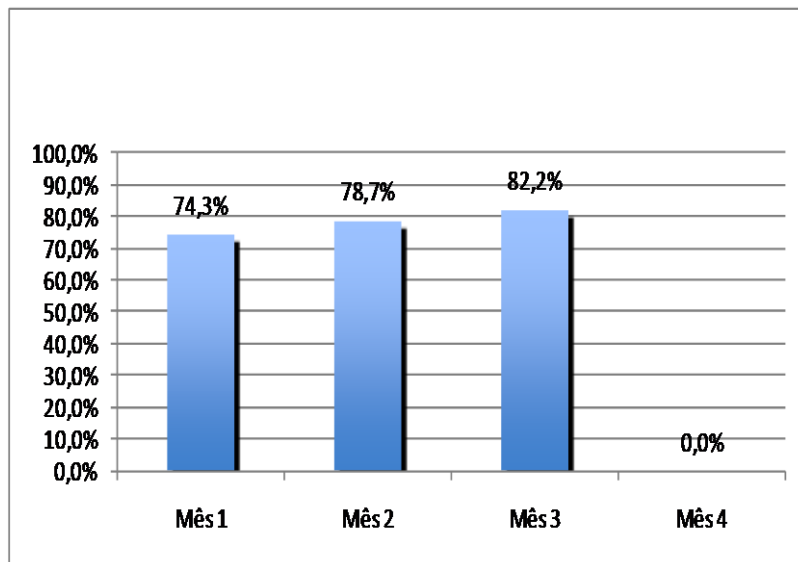


Figura 06: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico sem saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Nem todos os usuários cadastrados realizaram a sua primeira consulta odontológica, sendo 30 idosos no primeiro mês (40,5%), 78 usuários no segundo mês (55,3%) e 139 usuários no terceiro (66,8%) usuários com primeira consulta odontológica.

Apesar do empenho da equipe de odontologia que nos ajudou no desenvolvimento da intervenção não conseguimos cumprir a meta, realizamos atividades educativas nas comunidades relacionadas com a importância do atendimento odontológico em os usuários idosos, necessidade de exames bucais e outras. Mas, acreditamos que ao longo do tempo todos os usuários com 60 anos e mais sejam avaliados.

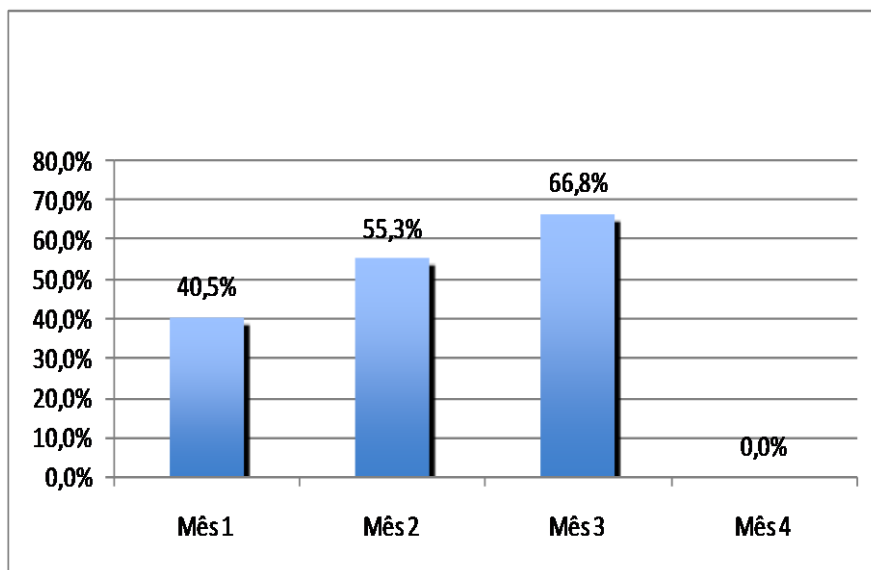


Figura 07: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de saúde do idoso.

Metas 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador: Proporção dos idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Neste processo conseguimos que todos os usuários faltosos às consultas recebessem busca ativa. No primeiro e no segundo meses foram 42 e 43 usuários (100%) no terceiro mês de intervenção de 46 usuários receberam busca ativa 43 (93,5%).

Organizar visitas domiciliares para buscar os idosos faltosos nas consultas, informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e, sobretudo ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos foram passos importantes para alcançar esta meta. Consideramos que os resultados obtidos foram ótimos, já que nesta população a prevenção não existia ou não era considerada importante.

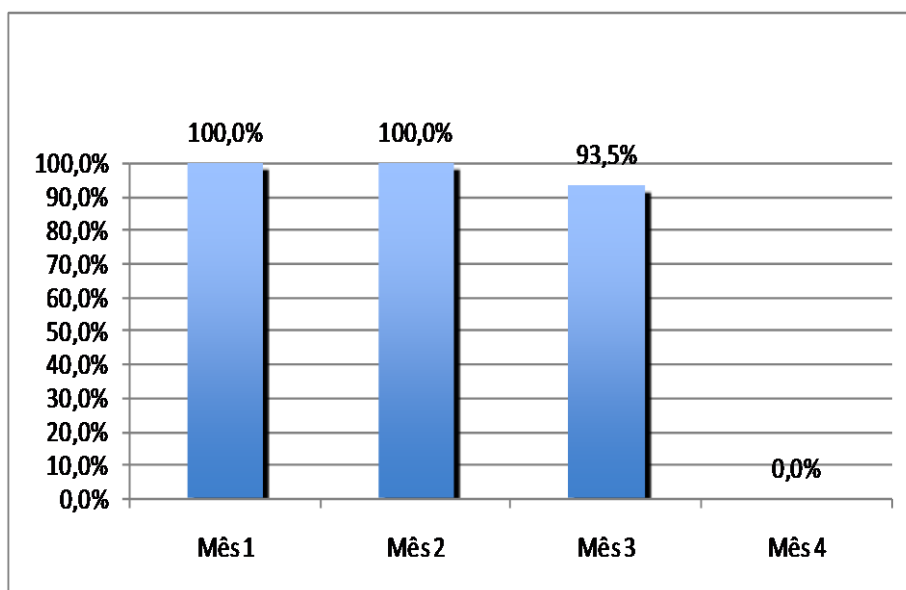


Figura 08: Gráfico indicativo da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com ficha espelho em dia.

Desde o início da intervenção foram utilizadas as fichas espelho e atualizados 100% dos pacientes cadastrados.

A capacitação da equipe no preenchimento da ficha espelho foi a ação mais importante para alcançar esta meta.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde a 100% da pessoa idosa.

Indicador: Proporção de idosos com caderneta da saúde da pessoa idosa.

Distribuir a caderneta do idoso foi uma das metas com piores resultados, muito poucos usuários tinham e a equipe não conseguiu ofertar durante o cadastro, já que não disponhamos delas na UBS. Porém, no primeiro mês dos 74 usuários idosos cadastrados 37 tinha caderneta (50%) no segundo mês dos 141 usuários, 70 tinham caderneta (49,6%) e no terceiro mês dos 208 usuários, 81 tinham a caderneta (38,9%).

Foi solicitada ao gestor municipal de saúde a disponibilização da Caderneta de Saúde da pessoa idosa, durante a intervenção solicitamos várias vezes as cadernetas e explicamos a importância das mesmas para o controle adequado dos idosos, mais estas chegaram na semana final da intervenção. Além das dificuldades fizemos reuniões nas diferentes comunidades para orientar aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a Caderneta quando for consultar em

outros níveis de atenção. Capacitar à equipe no preenchimento da Caderneta de saúde dos usuários idosos foi outra das atividades cumpridas.

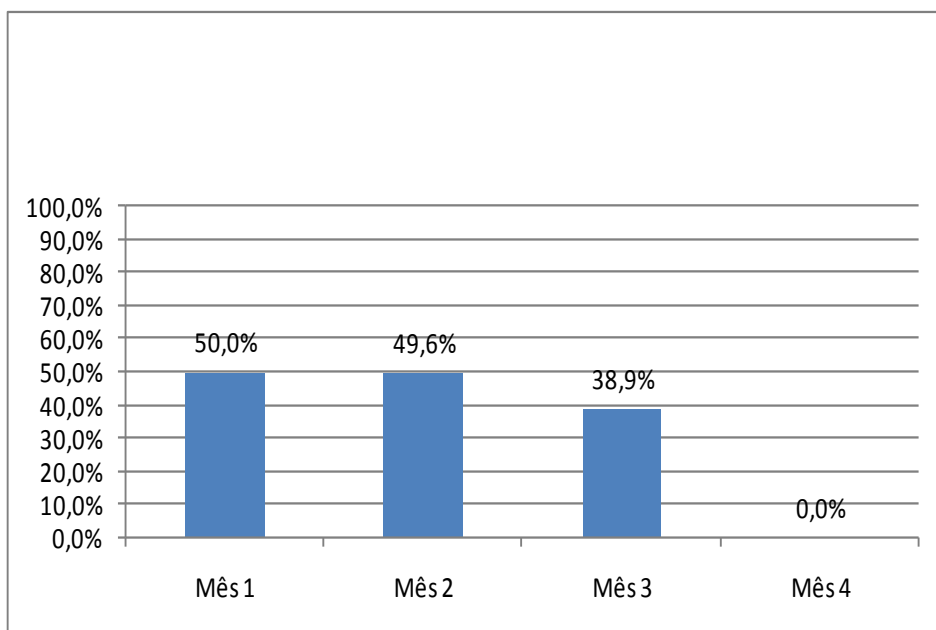


Figura 09: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Metas 5.1: Investigar o número de idosos com avaliação de risco para mobilidade em dia.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Durante os dois primeiros meses da intervenção foram avaliados para o risco de morbimortalidade 100% dos idosos cadastrados, em o terceiro mês foram avaliados de 208 usuários 207 para 99,5%. A meta estabelecida não foi cumprida.

Não cumprimos a meta, mas acreditamos que a mesma pode obter o 100% com a continuidade de nosso trabalho. Realizamos diferentes atividades nas que orientamos a os idosos o nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, especialmente quando apresentar alto risco. Além disso, a capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa permitiu reconhecerem estes riscos e encaminhar para o médico.

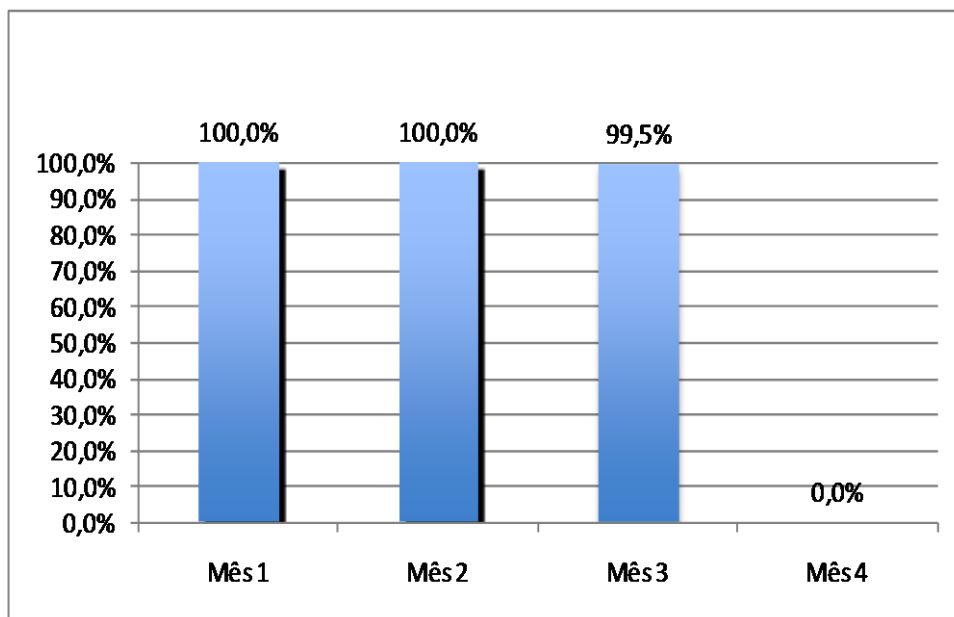


Figura 10: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.

Meta 5.2: Investigar a presença de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Na primeira semana de 74 usuários idosos cadastrados forem avaliados 73 (98,6%), na segunda semana 140 (99,3%) na terceira semana de 208 usuários cadastrados 207 (99,5%). Não alcançamos a meta que era 100%.

Orientar aos idosos e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente e capacitar aos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice foram as ações mais importantes para o alcance da meta.

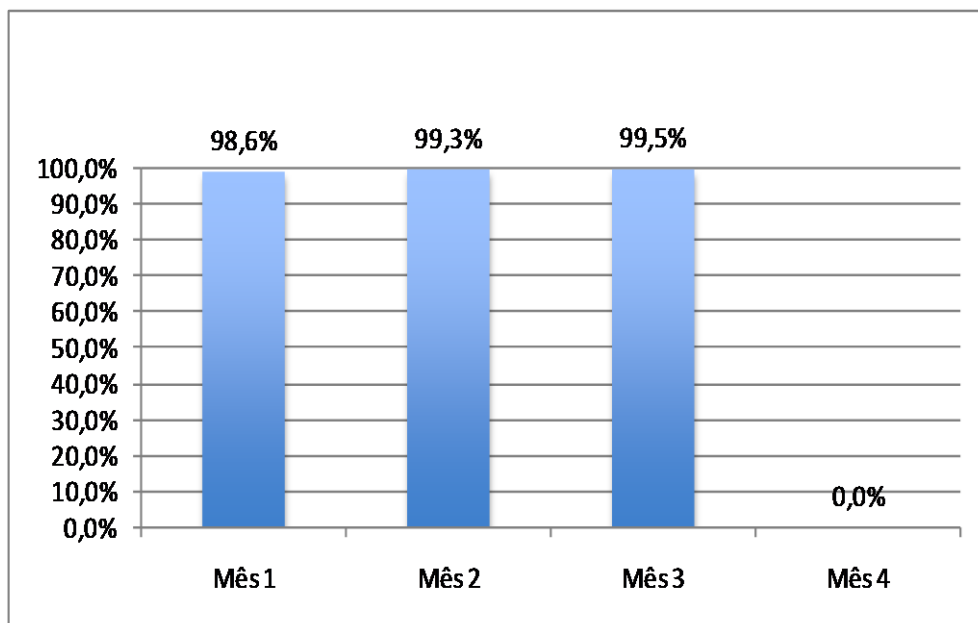


Figura 11: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia no programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Porto Mauá, Porto Mauá/RS.

Meta 5.3: Investigar o número de idosos com avaliação de rede social em dia.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Ao longo da intervenção o 100% dos pacientes idosos forem avaliados.

As ações que permitiram o alcance da meta foram a orientação aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio, além de capacitar à equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Nos três meses de intervenção dos 74 usuários cadastrados no primeiro mês, 141 no segundo mês e 208 no terceiro, todos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. (100% nos três meses).

Orientar os idosos e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável ou

a Guia alimentar para a população brasileira” para proporcionar assim a orientação correta para o grupo Hiperdia foram as duas ações mais importantes no alcance desta meta. Contamos com o apoio da nutricionista para a realização de atividades de promoção de hábitos alimentares saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Ao longo dos três meses, 100% dos idosos cadastrados (74 no primeiro mês, 141 no segundo e 208 no terceiro) receberam orientação para realização de atividade física. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular foi a ação mais importante para se alcançar esta meta.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo a higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados).

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês atingimos 100% de avaliação dos usuários idosos cadastrados, depois houve um descenso do número de usuários idosos avaliados sendo 140 no segundo mês (98,7%) e 138 no terceiro mês (99,3%) de usuários que receberam sua primeira consulta odontológica programática, mais o 100% de eles recebeu orientações de cuidados de saúde bucal

A orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias foi a ação mais importante realizada apesar de não atingir a meta.

4.2 Discussão

Com a intervenção na unidade básica de saúde ampliamos a cobertura da atenção aos usuários idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção primária à saúde para a classificação de risco deste grupo.

Para alcançar nossos objetivos a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da saúde relativas ao

atendimento da pessoa idosa, promovendo assim o trabalho integrado da equipe de saúde (médicos, enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicóloga, os odontólogos, secretária de saúde) cada um deles com as suas atribuições.

Este trabalho acabou tendo impacto na equipe toda, mas não alcançamos o trabalho com a qualidade necessária, pois muitas das atividades foram cumpridas graças ao esforço somente do médico, tendo em vista que desde o início muitos colegas não tinham interesse em trabalhar para cumprir os objetivos propostos e muito menos melhorar indicadores. Conseguir a participação e integração deles no projeto foi mais difícil que a própria intervenção, pelo menos alguma coisa boa alcançamos com nosso trabalho: melhorar as relações interpessoais entre os colegas da equipe, organizamos mais o trabalho na UBS, demonstrando o quanto pode-se alcançar com um pouco de empenho no cumprimento somente dos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde.

Antes da intervenção eram poucas as atividades realizadas com os idosos e as mesmas concentradas na enfermeira, só os casos que não poderiam ser resolvidos eram consultados por o médico geral além das consultas agendadas para trocar receitas e algumas que necessitasse de outra avaliação, mas não se tratava de um programa organizado e regular. Com a chegada do médico do programa Mais Médico e a organização da equipe e logo após o início da intervenção começou também o atendimento adequado e com qualidade dos usuários idosos. A intervenção permitiu rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

O cadastramento oportuno dos usuários idosos e a classificação de risco de morbimortalidade foram cruciais para a priorização do atendimento dos mesmos e nas comunidades foi percebido o impacto da intervenção, sendo que desde o início do projeto os idosos demonstraram interesse e satisfação com a prioridade no atendimento, não houve dificuldades com o resto da população, pois fizemos palestras e foi informado com antecipação e através dos representantes das comunidades nas reuniões e pelo Conselho Municipal de Saúde que poderia ser demorado o atendimento no posto pela priorização do atendimento aos usuários idosos.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda se possui idosos sem cobertura, mas a intervenção já é rotina na nossa unidade de saúde. Se fosse realizar a intervenção neste momento planejar a realização de mais atividades e

penso que seria importante ter começado o cadastramento desde minha chegada ao posto de saúde. Agora no fim do projeto, percebo que a equipe está mais organizada e integrada e em condições de continuar o trabalho e superar as dificuldades encontradas.

Para isto vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários idosos em especial os de alto risco e com doenças crônicas não transmissíveis.

Não ter na UBS organizado um programa de saúde dos idosos dificultou muito o trabalho no sentido da não existência de informações necessárias para a coleta dos indicadores previstos no projeto, o que acabou sendo um desafio muito importante para o desenvolvimento da intervenção. Outras dificuldades encontradas ao longo da intervenção foram com os recursos humanos, pois durante a mesma muitos profissionais que compõem a equipe estavam de férias, assim como com os recursos financeiros o que resultou em dificuldades na realização dos exames complementares a todos os usuários e dificuldades com o deslocamento dos pacientes para realizarem consultas de média e alta complexidade por ter comunidades longe dos principais centros assistenciais.

A partir dos próximos meses continuaremos o trabalho com a equipe para ampliar a cobertura no atendimento dos usuários idosos e tomaremos este projeto como exemplo para programar o projeto dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS. Não faltarão problemáticas que deverão ser enfrentadas ao longo de meu desempenho, mas sei que poderei contar com a ajuda da equipe e secretária de saúde do município.

5 Relatório da intervenção para gestores

A especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas faz parte dos cursos ofertados pelo Ministério da Saúde vinculados a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) por meio da educação à distância para qualificar o desempenho e aumentar a efetividade da ESF.

Durante o curso realizou-se uma análise situacional da unidade de saúde e dos serviços que ela ofertava, e a partir desta avaliação, detectou-se a necessidade de se trabalhar com alguns aspectos da atenção aos idosos. Na análise realizada percebemos no caderno de ações programáticas que apesar da estimativa para o indicador de cobertura ser 44,9%, consideramos que havia melhorias a serem realizadas na atenção prestada a este grupo populacional. Por exemplo, a realização da Avaliação Multidimensional Rápida que não era realizada, a investigação dos indicadores de fragilização na velhice, assim como melhorar a qualidade dos registros dos usuários idosos para que se possa avaliar a atenção prestada.

Para isto foi realizado um projeto de intervenção com um cronograma que propôs ações para que as metas que foram traçadas fossem alcançadas, como por exemplo, realização de exames clínicos em dia para uma correta avaliação do risco de morbimortalidade, e ainda a avaliação dos indicadores de fragilização na velhice, segundo protocolo de atenção a pessoa idosa. (BRASIL, 2006).

Definitivamente muitas ações foram necessárias para alcançar as metas, houve a necessidade de dispor de todos os documentos para toda essa população, imprimir as fichas espelhos, dispor da vontade das ACS para a busca ativa dos pacientes faltosos, mobilização de motoristas e gastos em gasolina para a busca de usuários em comunidades longe do posto de saúde. Estas dificuldades necessitaram mobilizar toda a equipe para dar uma solução satisfatória ao projeto.

A intervenção durou doze semanas (janeiro e março dos 2015) e no total atendeu 208 idosos (75,9% cobertura). Além disso, outras ações foram realizadas, no primeiro mês da intervenção de 74 usuários cadastrados no programa, 64 usuários estavam com exame clínico apropriado em dia (86%) nos dois meses seguintes incrementou-se o número de usuários com AMR obtendo 95,2% dos idosos com exame clínico apropriado em dia, sendo 131 no segundo mês e 198 no terceiro mês, foram classificados 126 usuários como hipertensos e/ou diabéticos (100%) deles 122 (96,8%) com exames complementares periódico em dia, com prescrição de medicamentos da farmácia popular de forma priorizada (60,1%). Também houve melhoria na avaliação da saúde: desde o início da intervenção todos os idosos cadastrados no programa foram avaliação de risco para morbimortalidade em dia (100%), sendo 74 no primeiro mês, 141 no segundo e 208 no terceiro, isso também ocorreu para a avaliação de redes sociais, que ao término da intervenção atingiu os 208 usuários.

As ações de prevenção também foram alcançadas em 100% dos idosos cadastrados, por exemplo, prevenção em uma alimentação saudável e na realização de atividades físicas.

A intervenção promoveu a qualificação da atenção ao idoso e permitiu observar a importância do planejamento e avaliação das ações que executamos, e nos deu embasamento para organizar o trabalho de outras linhas de cuidado. Insisto na importância da adesão, nos próximos projetos, dos gestores para constituir assim uma aliança mais firme e partilhar com eles a responsabilidade na militância em prol de melhorias que possam ocorrer em detrimento da incorporação à rotina do serviço.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

A especialização em Saúde de Família é um curso oferecido pelo Ministério da Saúde (MS) vinculado a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) através da educação à distância (EAD) com o objetivo de ampliar a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos cidadãos.

A partir do curso foi realizado uma análise da unidade de saúde e dos serviços que ela ofertava e detectou-se a necessidade de trabalhar com os idosos. Foi elaborado um projeto de intervenção e um cronograma em que se propuseram ações para alcançar as metas como: aumentar o número de idosos atendidos, exames solicitados, exames clínicos, entre outros.

Com a intervenção conseguimos ampliar o atendimento à pessoa idosa e melhorar a qualificação desse atendimento, nós conseguimos atualizar os exames clínicos e complementares dos idosos participantes no projeto, realizamos atividades de promoção e prevenção em hábitos alimentares, pratica de exercícios físicos e higiene bucal

Acredita-se que com o comprometimento da equipe e a continuidade do trabalho neste objetivo se alcançará a meta de 100% da população idosa cadastrada e participando do programa. Daqui adiante o projeto fará parte da rotina no nosso serviço, tanto os idosos já atendidos quanto os idosos que ainda não estão cadastrados no programa continuarão sendo acolhidos e terão o atendimento com a qualidade requerida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Eu quero começar expondo que no início a minha expectativa do curso era bem básica, bem comum. Falar na necessidade de entender, falar, escrever melhor a língua portuguesa, conhecer os protocolos de atendimento na saúde da família no Brasil, diminuir os índices de morbimortalidade no meu município, assim como diminuir as incidências das doenças crônicas não transmissíveis e/ou as suas complicações trabalhando em grupos com a equipe foram os objetivos marcantes para começar o curso. E sim, realmente tudo isto aconteceu, mas hoje eu posso falar mais, posso dizer que aumentou o meu nível de conhecimento científico e de aprendizado, aprendi também a trabalhar desde no computador até neste sistema de universidade a distância, pondo em prática este curso que foi tão importante para todos os profissionais pela possibilidade do conhecimento.

Acho que foi relevante o fato de trabalhar a metodologia da investigação do jeito que é trabalhado neste curso, pois se mostrou prático e útil. No início considerei complicado, mas a cada conversa com a orientadora, cada postagem de uma prática clínica ou um diário foi interessante, e, até um instrumento a ser utilizado na nossa vida profissional e pessoal.

Esta metodologia facilitou, por exemplo, a forma de fazer os gráficos, pois a própria planilha realizava o cálculo dos indicadores e desenhava o gráfico. E isto fez com que a equipe refletisse os resultados à medida que o tempo passava. Fez-me ainda, avaliar melhor o serviço e observar que algumas áreas do atendimento precisavam ser melhoradas: a consulta médica, exemplo. Com o projeto, com o planejamento das ações que também foram propostas pelo curso, conseguimos melhorar o atendimento ampliando a cobertura e a qualidade com o trabalho em equipe. Considero este modelo da metodologia importante, completo e aplicável para os próximos projetos futuros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Pactos Pela Saúde. Volume 12. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Estimativa populacional 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>. Acesso em 11/2014.

Apêndices

Apêndice A Figura 13. Fotografia de atividade comunitária grupo idosos. Sede. Itajubá. Porto Mauá



Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA-RESPALDO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Epidemiologia

UFPEL

Nome do idoso: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

DATA	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES

Nome: _____ Data: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____

DATA	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES

FICHA-RESPALDO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Epidemiologia

UFPEL

DATA	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES

DATA	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo C- Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Pro ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
